

Open Access

ARTÍCULO ORIGINAL

VIOLENCIA FÍSICA CONTRA LA MUJER: UNA PROPUESTA DE ABORDAJE DESDE UN SERVICIO DE SALUD

VIOLENCIA FÍSICA CONTRA A MULHER: UMA PROPOSTA DE ABORDAGEM DESDE UM SERVIÇO DE SAÚDE

PHYSICAL VIOLENCE AGAINST WOMEN: AN APPROACH PROPOSAL FROM A HEALTH SERVICE

María Fernanda Rivadeneira Guerrero¹ 

Histórico

Recibido:

20 de Febrero de 2017

Aceptado:

21 de Abril de 2017

¹ PhD en Epidemiología.
Pontificia Universidad
Católica del Ecuador.
Quito, Ecuador. Autor de
Correspondencia. E-mail:
maferivadeneira@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: La violencia física contra la mujer es un problema de salud pública y una necesidad sentida por la comunidad, que exige una respuesta desde los servicios de salud. El objetivo de esta investigación fue desarrollar un modelo de abordaje a partir del servicio de salud que permita la detección, apoyo y seguimiento de estos casos. **Materiales y Métodos:** Se realizó una investigación-acción en un servicio de primer nivel de atención. Participaron personal de salud. Inicialmente se realizó un diagnóstico situacional para evaluar: percepción de violencia física contra la mujer, calidad del servicio y organización funcional ante casos de violencia. Se desarrolló un modelo de abordaje para enfrentar este problema a partir de: formación del personal de salud, reorganización funcional del servicio de salud y diseño de herramientas de detección y seguimiento. Se evaluó la intervención a partir de indicadores operativos y evaluación de su impacto a corto plazo. **Resultados:** Se logró que el personal se capacite y empodere del problema; se introdujeron elementos operativos para la reorganización funcional de la unidad operativa: tamizaje para violencia intrafamiliar, flujograma de atención y hoja de seguimiento. En las tres semanas siguientes a la implementación de estos instrumentos, tres casos de violencia fueron detectados y abordados por el servicio de salud. **Discusión y Conclusiones:** La metodología de investigación-acción permitió que los actores se empoderen del problema de violencia física contra la mujer, diseñen y apliquen herramientas para abordarlo. Es necesaria una evaluación posterior para determinar su impacto.

Palabras clave: Investigación sobre Servicios de Salud; Violencia Contra la Mujer; Participación Comunitaria.

RESUMO

Introdução: A violência física contra a mulher é um problema de saúde pública e uma necessidade sentida pela comunidade, que exige uma resposta dos serviços de saúde. O objetivo desta pesquisa foi desenvolver um modelo de abordagem a partir do serviço de saúde que permita a detecção, apoio e seguimento desses casos. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa de investigação-ação em um serviço de atendimento de primeiro nível. Participaram pessoal de saúde. Inicialmente foi realizado um diagnóstico da situação para avaliar: a percepção da violência física contra a mulher, qualidade de serviço e organização funcional em casos de violência. Foi desenvolvido um modelo de abordagem para enfrentar este problema a partir de: formação de pessoal de saúde, reorganização funcional do serviço de saúde e design de ferramentas de detecção e seguimento. Foi avaliada a intervenção a partir de indicadores operacionais e avaliação do seu impacto em curto prazo. **Resultados:** Conseguiu-se que os funcionários se capacitem e empoderem do problema; foram introduzidos elementos operativos para a reorganização funcional da unidade operativa: rastreio para violência doméstica, fluxograma de atenção e folha de seguimento. Nas três semanas seguintes à implementação desses instrumentos, três casos de violência foram detectados e abordados pelo serviço de saúde. **Discussão e Conclusões:** A metodologia de investigação-ação permitiu que os atores se empoderem do problema de violência física contra a mulher, concebam e apliquem ferramentas para abordá-lo. É necessária uma avaliação posterior para determinar o seu impacto.

Palavras chave: Pesquisa sobre Serviços de Saúde; Violência Contra a Mulher; Participação Comunitária.

ABSTRACT

Introduction: Physical violence against women is a public health problem and a need felt by the community, which demands an answer from health services. The aim of this research was to develop an approach model from the health service that permits detection, support, and follow up of these cases. **Materials and Methods:** A research-action was conducted in a first-level of care service, with the participation of health staff. Initially, a situational diagnosis was carried out to assess the perception of physical violence against women, quality of service, and functional organization against cases of violence. An approach model was developed to confront this from the formation of the health staff, functional reorganization of the health service, and design of detection and follow-up tools. The intervention was evaluated through operational indicators and assessment of its short-term impact. **Results:** The work managed to train the staff and empower it with the problem; operational elements were introduced for the functional reorganization of the operational unit: screening for intra-family violence, care flow diagram, and follow-up sheet. Within three weeks after implementing these instruments, three cases of violence were detected and addressed by the health service. **Discussion and Conclusions:** The research-action methodology permitted the participants to be empowered with the problem of physical violence against women, as well as to design and apply tools to address it. A subsequent evaluation is necessary to determine its impact.

Key words: Health Services Research; Violence Against Women; Consumer Participation.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira MF. Violencia física contra la mujer: una propuesta de abordaje desde un servicio de salud. Rev Cuid. 2017; 8(2): 1656-67. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.404>



©2017 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones del primer nivel de atención es mantener el contacto o diálogo con la población y constituirse en puerta de entrada de los problemas de salud que existen en la comunidad¹. En cuanto consideramos a la salud en su más amplio concepto de bienestar, le compete al servicio de salud ofrecer una atención integral², dirigida a alcanzar una coherencia entre la necesidad de la población y la oferta de los servicios.

Existe una importante relación entre violencia intrafamiliar y servicios de salud². Sólo por mencionar algunos datos que atañen a ésta, puede mencionarse que, en Inglaterra el costo total de la violencia doméstica alcanzó a 23 billones de euros en el año 2004, incluyendo los gastos en servicios de salud, servicio social y servicios legales³, como consecuencia de dicha violencia intrafamiliar las mujeres presentan altos índices de discapacidad, 5 veces más intentos de suicidio⁴, y mayor mortalidad en comparación con la población que no la padece⁵. Se suma a ello, los efectos que la violencia produce a nivel económico, dado que el ingreso de la mujer se reduce entre un 3 y 20% por el impacto en la educación y salud que la violencia física genera^{3,5}, esto, sin contar todo el costo social que representa para la mujer y para su familia.

La violencia intrafamiliar hace referencia a una acción u omisión cometida por algún(a)

miembro(a) de la familia en relación de poder, que afecte el bienestar, y ponga en riesgo la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro(a) de la familia³. La violencia intrafamiliar fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud como un problema de salud pública desde 1993.

A nivel mundial se estima que un 30% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja, mientras que 38% de los homicidios en mujeres obedecen a violencia doméstica⁶. Una revisión de encuestas realizadas en varios países de América Latina reveló que la prevalencia de mujeres que habían recibido violencia física o sexual por su pareja alguna vez en la vida, varió del 7,7% al 53,35%⁷. En Ecuador, de cada 10 mujeres 6 han sido víctimas de algún tipo de violencia de género⁸ y 31% de las mujeres estarían expuestas a violencia física⁹, afectando a una proporción significativa de la población. Estos datos confirman a la violencia intrafamiliar como un tema que atañe una gran importancia biológica, psicológica y social, que merece ser tomado en cuenta por los servicios de salud¹⁰.

Los servicios de salud se convierten muchas veces, en la única puerta de entrada para las mujeres maltratadas, que por diversos motivos no manifiestan su situación de violencia, y acuden a la consulta por sus dolencias físicas y emocionales³. Pese a ello, el sector salud de

los diferentes países latinoamericanos, entre ellos Ecuador, ha tenido una limitada respuesta. Por este motivo, es importante involucrar a los servicios de salud y promover acciones que permitan un mejor abordaje de estos casos.

Esta investigación se efectuó en una unidad operativa de primer nivel de atención, ubicada al sur-oriente de Quito, en donde se observó una baja detección, apoyo y seguimiento a las familias que viven violencia física contra la mujer. El objetivo de este estudio fue crear un modelo de abordaje al problema de la violencia física contra la mujer que permita su detección, apoyo y seguimiento a partir del servicio de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación-acción en un servicio de salud de primer nivel durante el período enero-2008 a febrero-2009. La población en estudio fue el personal de salud y la comunidad adscrita al servicio de salud. La muestra, no representativa, incluyó al total del personal de salud que laboraba en el servicio (6 personas), 30 mujeres y 8 hombres residentes en el sector. Las técnicas e instrumentos empleados fueron principalmente cualitativos, se aplicaron técnicas cuantitativas y se consideraron diferentes fuentes de información para garantizar la triangulación de los datos. Durante la primera fase de este

estudio se realizó una ampliación de la línea base del problema “violencia física contra la mujer” (VIF), mediante la aplicación de: 1) sociodramas a 30 madres de niños que acuden al centro de cuidado infantil, 2) grupo focal con 8 hombres del sector (que debían cumplir con el requisito de no haberse conocido y que fueron invitados por el servicio de salud a una rueda de diálogo sobre problemas de su comunidad), 3) grupo de interés con el personal del servicio de salud, que incluyó a las 6 personas miembros del servicio. En la (Tabla 1), se resumen los puntos guía para cada una de estas técnicas. Se obtuvo la siguiente información: percepción de las mujeres, los hombres y el personal de salud sobre violencia intrafamiliar, y definiciones de calidad de atención, funciones y organización que debería contemplar un servicio de salud para la detección, seguimiento y apoyo a los casos de violencia intrafamiliar. Los sociodramas, grupo focal y grupo de interés fueron realizados por personas externas al servicio de salud, con experticia en la realización de estas técnicas. Se realizó también una encuesta al personal del servicio de salud sobre el nivel de capacitación respecto al tema de violencia intrafamiliar y su nivel de empoderamiento sobre este problema. Para la medición de nivel de capacitación y empoderamiento se elaboró una escala de 0 a 2, donde 2 correspondía a alto nivel de empoderamiento y capacitación.

Tabla 1. Puntos guía para la ejecución de sociodramas, grupo focal y grupo de interés realizados para ampliar la línea de base sobre el problema “violencia física contra la mujer”

Técnica empleada	Punto guía	Elemento evaluado
Sociodrama	- Introducción: audio sobre maltrato (la vida de un cachorro)	- Percepción de las mujeres sobre violencia en general
	- Diálogo abierto sobre el audio	
	- Trabajo individual: recreación de una situación de violencia usando material plástico (plastilina)	- Percepción de las mujeres sobre VIF
	- Trabajo individual: elaborar un gráfico que exprese la experiencia de una mujer que acude a un servicio de salud	- Calidad del servicio de salud para la atención del VIF
	- Trabajo en equipo: creación y presentación de un sociodrama que represente lo que hace actualmente el servicio de salud	
	- Trabajo en equipo: creación y presentación de un sociodrama que represente lo que debería hacer un servicio de salud frente a un caso de violencia contra la mujer	- Organización funcional del servicio de salud para VIF
Grupo focal	Puntos de la rueda de conversa:	- Percepción de la VIF desde el punto de vista de los hombres
	- La situación de la familia y el hogar	
	- Rol del hombre y la mujer en el hogar	
	- Problemas en la familia	
	- Resolución de los problemas en la familia	
	- El servicio de salud frente a los problemas de la familia	- Calidad del servicio de salud para la atención del VIF
	- Organización del servicio de salud para responder a los casos de violencia contra la mujer	- Organización funcional del servicio de salud para VIF

En base a estos hallazgos se procedió a elaborar, junto con el personal del servicio de salud, un listado y una agenda de capacitaciones sobre violencia intrafamiliar. Se invitó también a otros miembros de la comunidad a participar de las capacitaciones (cuidadores infantiles, policías comunitarios, madres y padres de familia). Las capacitaciones fueron ejecutadas por la trabajadora social, en la modalidad de taller, y una profesional psicóloga, en la modalidad de sociodrama. El objetivo final de estas capacitaciones fue desarrollar el empoderamiento del personal y decidir junto con el equipo qué acciones, decisiones y actividades se realizarían para la detección, apoyo y seguimiento de las

mujeres violentadas físicamente por sus parejas. En base a ello se definió con el equipo que era necesario diseñarse algunas herramientas para el abordaje de los casos de violencia física contra la mujer, que incluyeron: hoja de tamizaje y un flujograma de atención y seguimiento para los casos detectados.

Se evaluó la implementación de las capacitaciones al personal de salud y de los instrumentos elaborados mediante: 1) cumplimiento y asistencia a las capacitaciones, 2) grupo de interés con el personal de salud para valorar la aplicabilidad de los instrumentos elaborados, 3) re-aplicación de cuestionario al personal de salud para evaluar: nivel de capacitación y

empoderamiento sobre el tema de violencia, y, 4) revisión documental en el servicio de salud para evaluar casos de violencia física contra la mujer detectados, en apoyo y seguimiento por el servicio de salud, después de la implementación de los instrumentos. La (Tabla 2), resume los indicadores de resultado considerados para el estudio.

Tabla 2. Indicadores analíticos diseñados para evaluar resultados de la investigación-acción

Evaluación	Indicador
Cumplimiento y asistencia a las capacitaciones	Porcentaje de asistencia a las capacitaciones
Modificación en la escala de capacitación y empoderamiento del personal de salud	Porcentaje de empoderamiento individual y organizacional (evaluación pre y post investigación)
Cambio en el discurso del personal	Análisis del discurso empleado por el personal
Abordaje de la violencia física contra la mujer	Nº de casos detectados Nº de casos a quienes se aplica el flujograma de atención Nº de casos en quienes se elabora plan de seguridad Nº de casos en seguimiento Nº de casos que reciben tratamiento psicológico

La investigación se realizó cumpliendo todas las normas éticas consideradas para la protección de los derechos de los participantes de la investigación, los participantes recibieron información del estudio y consintieron en participar de la investigación mediante consentimiento informado. La investigación-acción sigue una metodología empoderante y participativa, por lo cual todos los sujetos a

ser investigados son parte de cada uno de los procesos que involucra la investigación.

RESULTADOS

La investigación-acción incluyó a 6 funcionarios, 30 madres y 8 hombres residentes en el sector adscrito al servicio de salud. Al ampliar la línea de base del problema se encontraron los resultados descritos en la (Tabla 3). Por un lado, mujeres y hombres coinciden en que el maltrato a la mujer se da bajo condiciones de poder en la esfera familiar, como una reproducción del ambiente social en que se desenvuelven. Ambos actores, así como el personal de salud reconocen a la violencia física contra la mujer como un problema que puede tener una solución. La función del servicio de salud es, a decir de las mujeres y hombres, atender los casos de violencia y ofrecer una respuesta oportuna, integral, ofreciendo apoyo y seguimiento de las mujeres violentadas. El personal de salud identifica que la respuesta actual que ofrece el servicio es únicamente el cumplimiento de la norma, limitándose generalmente a la emisión de un certificado como prueba para las autoridades competentes que ha sido violentada. Sin embargo, los miembros del servicio de salud coinciden que es importante organizarse de manera adecuada para brindar un mejor abordaje de los casos de violencia y mejorar la detección, el apoyo y seguimiento de los casos.

Tabla 3.- Percepción de violencia intrafamiliar y de la atención a los casos de VIF, según lo expresado por hombres, mujeres de la comunidad y personal de salud

Actor	Observaciones	Expresiones
Percepción de violencia intrafamiliar		
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - violencia intrafamiliar tiene que ver con el “maltrato” que puede ser físico, psicológico o emocional - concepto de “madre sufridora” (toleran una situación de violencia por sus hijos) - reconocen que es un problema, pero que puede haber solución 	<ul style="list-style-type: none"> - “Cuando el marido le pega a la mujer” - “hay que quedar callada, aunque sea por los hijos” - “Con ayuda sí se arreglan”.
Hombres	<ul style="list-style-type: none"> - violencia intrafamiliar es entendida como una divergencia en la relación hombre-mujer, secundaria a contradicciones en la pareja, y responde a una situación de violencia social (dentro de lo que se ubica el consumo de alcohol); es una réplica de lo vivido durante la infancia - reconocen la posición del hombre como una actitud machista, que en cierta manera justifica la violencia - concepto de “padre ejemplar” (reconocen como valor principal el presentar una imagen del padre ejemplar para sus hijos) 	<ul style="list-style-type: none"> - “El mal comportamiento de la mujer y el hombre, la incomprensión. A veces como somos hombres también... ahí viene el desacuerdo, el maltrato - “El trago [consumo de alcohol] es el causante de todo” - “la misma sociedad es la que obliga a que muchas parejas cometan errores” - “Así me criaron mis padres y así soy” - De vivir así, ¿qué ejemplo estamos dando a nuestros hijos?
Personal del servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Opiniones contrarias del grupo: mujer como víctima de la violencia por parte de su pareja/ mujer causante o mantenedora de esta situación. - escaso conocimiento de leyes que protegen a la mujer - manejo actual de un caso de VIF: emitir el certificado de agresión física y remisión a instituciones o personas que puedan apoyarlas 	<ul style="list-style-type: none"> - “A veces piensan que eso es normal” - “Pero en sí, la señora también tiene un poco la culpa” - “Yo aconsejo... le remito a las Tres Manueles, hablo con el Padre...”
Calidad de atención del servicio de salud en casos de violencia		
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Salud es considerada por las mujeres como un puesto de auxilio, al cual acudirían para manifestar su problema, cuando amenaza su salud o la vida de sus hijos. - En relación a la forma en que les gustaría ser atendidas mencionan ciertas características que corresponden a una atención integral y continua 	<ul style="list-style-type: none"> - “que [el personal de salud] me haga preguntas... así como un amigo o una amiga... que me dé confianza... que sepa apoyar y me dé un buen consejo, ... un apoyo moral”, ... - “que la persona vuelva para ver cómo está”.
Hombres	<ul style="list-style-type: none"> - Observan al servicio de salud como un actor pasivo, que realiza actividades curativas - Desearían que el servicio de salud apoye en la sensibilización del problema 	<ul style="list-style-type: none"> - “si es golpeada por el marido va [al servicio de salud] para que le curen” - “Sería ideal dar charlas para que los hombres se sensibilicen, y la persona que reconozca su error, y quiera cambiar, venga acá”
Personal del servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio de salud tiene la función de detectar los casos de VIF - Se reconoce que existe debilidad en el seguimiento y apoyo a pacientes - Se menciona la necesidad de una atención más holística para reconocer y atender el problema 	<ul style="list-style-type: none"> - “Detectar (los casos) es lo que más fácil que podemos hacer, porque no estamos tan especializados para hacer un seguimiento y apoyar”. “Pero detectamos y, ¿nos quedamos ahí?” - “Hay que tratar de dar solución”
Organización funcional del servicio de salud para abordar casos de VIF		
Mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - Señalan la necesidad de una atención oportuna y un apoyo psicológico 	<ul style="list-style-type: none"> - “tienen que estar preparados para atenderme, atenderme rápido... con delicadeza, siendo respetuosos, amables”
Hombres	<ul style="list-style-type: none"> - El servicio de salud debería realizar una detección de los casos, y apoyarlos a través de una sensibilización a los hombres - Sugieren que es posible convocar a los hombres a través de los hijos 	<ul style="list-style-type: none"> - “llamar a personas así a hablar, a que piensen, opinen... llegar a hacer un grupo de personas que podamos contar a alguien una experiencia” - “de pronto los padres podemos llegar por los hijos”
Personal del servicio de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Existe una limitada organización del servicio de salud para la detección, seguimiento y apoyo de casos de VIF - Se considera como principal limitante al escaso tiempo disponible para la atención a los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - “No estamos organizados” - “Primera vez que hablamos así, en equipo” - “Es más bien por la falta de tiempo, las pacientes quieren que les atiendan más rápido, vienen y le confían algo y las demás se comienzan a molestar, a exigir que les atiendan más rápido”

Fuente: “datos obtenidos a partir de encuestas y del análisis del discurso de los sociodramas, grupo focal y grupo de interés, realizados con mujeres, hombres y personal del servicio de salud.

Al valorar el nivel de capacitación y empoderamiento del personal del servicio de salud en relación con el tema de violencia física contra la mujer (Tabla 4), se observó que existía una necesidad de mejorar los conocimientos y

habilidades para responder a los casos; lo cual, era a su vez, una barrera para empoderarse del problema y ofrecer un abordaje adecuado a las mujeres violentadas.

Tabla 4. Nivel de capacitación y empoderamiento del personal de salud respecto a VIF

Actor	Observaciones	Expresiones ^a
Nivel de capacitación del personal del SCS Argelia sobre VIF		
Personal SCS	- Capacitaciones recibidas por el personal sobre el tema han sido limitadas tanto en su cantidad como en su calidad para el manejo de casos de VIF.	- “Yo tengo deficiencias en reconocer la violencia” - “Sí, necesitamos un poco de refuerzo para manejar estos problemas”
Empoderamiento del personal de salud respecto al tema		
Personal SCS	- El personal de salud considera que la VIF es un problema que compete al servicio de salud; sin embargo ha sido un aspecto del que poco se ha tratado en equipo - Disposición a trabajar sobre el tema, pero dentro del tiempo laborable	- “Yo quisiera trabajar sobre el tema y estoy de acuerdo siempre y cuando sea dentro de mi tiempo de trabajo”

Fuente: “datos obtenidos a partir de encuestas y del análisis del discurso del grupo de interés realizados con el personal del SCS.

En base estos hallazgos, se elaboró conjuntamente con el personal de salud, una agenda de capacitaciones formativas, la misma que se cumplió en un 80%. Durante las capacitaciones, el equipo de investigación definió las siguientes funciones y elementos organizativos para el abordaje de la violencia intrafamiliar:

-Para la detección: establecer signos de alarma para la detección de casos de VIF, elaboración y aplicación de una prueba de tamizaje para mujeres con VIF, colocar propaganda en el SCS para facilitar la detección de casos de VIF.

-Para el apoyo: estimular su autoestima el momento que acuden a la consulta, promoción del buen trato, conformar un grupo de mujeres

para mejorar autoestima, sensibilización.

-Para el seguimiento: efectuar visitas domiciliarias, elaborar unas tarjetas especiales para la programación de visitas domiciliarias a las mujeres con VIF.

-Sistema de información: colocar un sticker en la historia clínica de las mujeres detectadas con VIF, disponer de una hoja de seguimiento específica de VIF en la historia clínica de la mujer.

-Flujograma de abordaje para VIF (flujograma del servicio): Se determinó además la necesidad de elaborar un flujograma el abordaje de mujeres con VIF, el mismo que fue elaborado con otros actores de la comunidad (Figura 1).

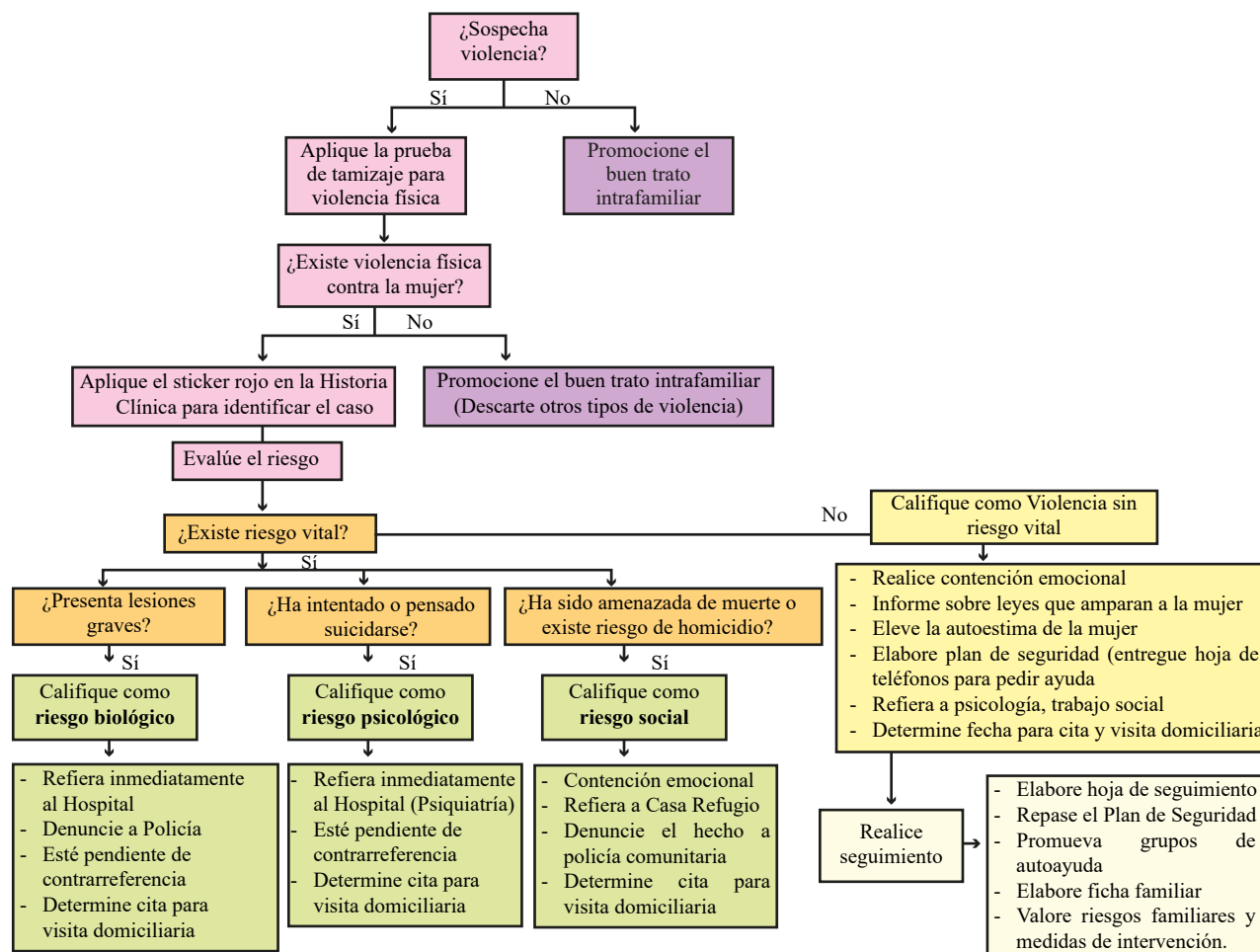


Figura 1. Flujograma de atención a la mujer con violencia física elaborado por el personal del servicio de salud

Fuente: flujograma elaborado a partir de las capacitaciones y discusiones con el personal del servicio de salud.

Al evaluar el empoderamiento del personal del SCS, se observó que hubo un cambio desde un empoderamiento individual, hacia uno más colectivo u organizacional (de un nivel 1 a un nivel

2); es decir, desde pensar que es un problema que debe ser abordado en su actividad laboral, hacia poner en marcha una actividad para dar respuesta a dicho problema, pero en equipo (Tabla 5).

Tabla 5. Modificaciones en la escala de empoderamiento del personal del servicio de salud con respecto al problema de la violencia física contra la mujer

Nivel	Escala de empoderamiento	Previo a la investigación ^a	Posterior a la investigación ^b
0	El tema no me interesa, ni siquiera he pensado que es algo que me compete desde mi labor	33%	0%
1 (empoderamiento individual)	Sí he pensado que debería hacer algo desde mi trabajo, pero no he llegado a nada en concreto y ni siquiera lo he conversado con mis compañeros	67%	17%
2 (empoderamiento individual)	Sí lo hemos conversado entre compañeros y hemos quedado en cómo trabajar sobre este tema y estamos tratando el tema	0%	83%

^a Resultados del cuestionario sobre nivel de empoderamiento del personal previo a realizar la investigación-acción.

^b Resultados del cuestionario sobre nivel de empoderamiento del personal posterior a realizar la investigación-acción.

Se observó también que se ha logrado a través de estas técnicas (las capacitaciones y talleres de creatividad) un cambio en el discurso del

personal, tal como se puede apreciar en lo analizado en el último taller:

He aprendido que...

Preferible me equivoco yo... pero le creo [a la paciente que comenta un caso de maltrato]

Debo buscar tiempo para ayudar mejor

Es necesario el trabajo en equipo para lograr “algo” mejor

Debo centrarme en el problema y llegar hasta el final

Debo saber escuchar

Me voy a poner en el lugar de la otra persona y creerle

Ahora bien, en lo que respecta al abordaje de este problema psicosocial, la violencia física contra la mujer, puede señalarse lo siguiente: durante el tiempo que transcurrió la aplicación de los instrumentos elaborados (tres semanas) se han detectado tres casos de violencia intrafamiliar, en los cuales se aplicó el flujograma y se realizó el seguimiento a través de la visita domiciliar y tratamiento psicológico en dos casos. Esto contrasta con los datos de la línea de base, donde en todo un año se habían detectado apenas dos casos, de los cuales, ninguno se realizó seguimiento. Por tanto, podría decirse que el modelo de abordaje desarrollado permitió una mayor detección de los casos de violencia intrafamiliar, y un punto de referencia para mantener la continuidad de la atención.

DISCUSIÓN

La primera fase de la investigación, a través del análisis de la percepción de mujeres, hombres y personal de salud ratificó que la violencia contra la mujer es un problema no detectado y

que tiene una repercusión social¹⁰; por un lado, las mujeres violentadas no reconocen situaciones de violencia^{11,12}, y generalmente acceden a los servicios de salud cuando existen problemas físicos o situaciones amenazantes para su vida. Por otro lado, el servicio de salud no se encuentra preparado para responder adecuadamente a estos casos, realizando intervenciones curativas y referencias a personal especializado¹³. En esta investigación fue necesario trabajar desde el empoderamiento del personal de salud para responder al problema de violencia física contra la mujer, mediante capacitaciones formativas y la toma de decisiones en equipo sobre la organización del servicio de salud para detectar y dar seguimiento a los casos de violencia. El empoderamiento, aquella capacidad de mover los límites del campo de poder, puede tener lugar en un “contexto empoderador”, según Zimmerman¹⁴, y puede desarrollarse a nivel individual, organizacional y comunitario. Por tanto, se consideró que la capacitación sería una forma de adquirir nuevas destrezas¹⁴ y

generar un empoderamiento en el personal de salud sobre el tema de la violencia física contra la mujer; y por otro lado, la reorganización funcional del servicio de salud, promovería un empoderamiento organizacional, esto tras generar procesos de toma de decisiones y formular sistemas de comunicación, así como definir la distribución de roles y responsabilidades¹⁵⁻¹⁷. El crear ese modelo de abordaje desde el personal del servicio de salud implicó la necesidad de empoderar al equipo tanto con el tema de la violencia en sí, como con el sentirse a sí mismo capaz de proponer soluciones y aplicarlas. Probablemente el emplear otra metodología, incluso una investigación-operativa, aunque consiguiera los resultados esperados en cuanto al incremento en la detección y seguimiento de los casos de violencia, no tendría el mismo valor en incluir al personal en la toma de decisiones, y en analizar los elementos que influyen o no en su empoderamiento. Se observó, además, una modificación en cuanto a la escala de empoderamiento que demostró su incremento tanto en el ámbito individual como colectivo.

La estructura organizacional influye sobre la actitud y la disposición hacia el cambio por parte de los miembros de la organización. Debido a las características del servicio de salud, en que predomina una estructura organizacional vertical, existe un ambiente no favorable a la introducción de cambios e innovaciones, que se suma a un clima organizacional que no facilita el trabajo en equipo, la cooperación y el sentirse identificados con la organización. Dicha estructura organizacional formal, de tipo vertical, es la que determina una osificación del comportamiento,

rechazo automático de todas las ideas innovadoras e incluso maltrato de clientes¹⁴. Adicionalmente, aquella estructura denominada informal o social, la cultura organizacional propiamente dicha y los diferentes grupos informales con sus intereses¹⁵, promueve un clima organizacional adecuado o no para la introducción de un cambio. Gracias a la flexibilidad que ofrece el método de investigación-acción, fue posible introducir un elemento para responder al problema en estudio, a partir de promover la creatividad y empoderamiento del personal del servicio de salud para generar este modelo de abordaje a la violencia física contra la mujer, que a su vez, es un problema emergente y está relacionado con otros tipos de violencia¹⁶.

En esta investigación hemos definido y elaborado algunos elementos de la organización funcional¹⁸, tales como el flujograma del servicio, el sistema de información para la detección, el apoyo y seguimiento de los casos de violencia física contra la mujer; sin embargo, no se ha logrado determinar otros elementos, como serían los roles y distribución de funciones del personal. Las capacitaciones formativas a través de talleres y psicodramas, resultó ser adecuada para modificar el discurso del personal de salud, y promoverlo hacia un empoderamiento individual^{15,18}. Efectivamente, se observó que mediante el psicodrama es posible que los participantes, en base al juego de roles, puedan mirar la situación desde otro punto de vista, mejoren la capacidad de comprender a los demás, aprendan a asesorar y a desarrollar empatía y sensibilidad respecto a las preocupaciones de los pacientes¹⁹. Existen elementos inherentes al personal de salud que pueden limitar sus respuestas al respecto de

problemas psicosociales, especialmente al tratarse sobre violencia intrafamiliar¹⁹. En ese sentido, empoderar al personal de salud a partir de prácticas como talleres y sociodramas permitiría una mejor disposición a enfrentar el problema.

El generar un modelo de abordaje para un problema psicosocial constituye una forma de promover la integración y continuidad en el servicio de salud, elementos que son parte de la calidad de atención^{15,20}. De hecho, uno de los cambios observados, al menos en cuanto al discurso del personal, ha sido el de presentar una predisposición a mirar qué existe por detrás de los problemas con los que acude el paciente a la consulta, a observar y analizar sus reacciones por encima de lo biológico, y a buscar estrategias que permitan un seguimiento del paciente.

Esta investigación ha permitido generar, conjuntamente con el equipo de salud, un modelo de abordaje al problema de la violencia física contra la mujer, tema urgente y necesario de ser manejado²⁰. Sin embargo, se debe mencionar algunas limitaciones de este estudio y de la naturaleza propia del método abordado. La investigación-acción por su metodología característica de dirigirse hacia un problema local y a su particular resolución, puede presentar restricciones en cuanto a su generalización. En el caso de esta investigación, no fue posible valorar resultados a largo plazo debido al tiempo considerado para este estudio. Es preciso trabajar respecto a otros elementos que influyen en la respuesta del servicio de salud a un problema psicosocial, como son la distribución de funciones; así como la resistencia de los trabajadores de la salud a abordar el tema. Se

requieren estudios adicionales que evidencien la aplicabilidad del modelo de abordaje desarrollado como en contextos similares.

CONCLUSIONES

El modelo de abordaje a las mujeres violentadas físicamente constituye en realidad, un modelo que parte desde un camino elaborado por el propio personal, y que podría ser aplicable a cualquier problema psicosocial demandado por la comunidad. La metodología empleada a través de psicodramas y talleres para estimular la creatividad del equipo permitió la formulación de un modelo de abordaje elaborado por el mismo personal del servicio de salud y promovió un empoderamiento individual y organizacional. La particular característica de la investigación-acción hizo posible la participación del personal de salud y la toma de decisiones conjunta, lo que asegura una mejor comprensión del problema y una mayor adherencia a las decisiones propuestas. Los resultados obtenidos hasta el momento han sido: la modificación en el discurso del personal, la elaboración de herramientas para el abordaje de las mujeres violentadas físicamente y un incremento en el nivel de empoderamiento tanto individual como organizacional.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Correa ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Rev Cuid.* 2016; 7(1): 1227-31. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
2. Mercenier P, Van Balen, H. Bases de la organización de los servicios de salud. 1er Curso de Post-grado en Medicina Tropical. 1º edición. *Post-grado en Medicina Tropical.* 1997. pp. 55-58.
3. Torralbas-Fernández A, Calcerrada-Gutiérrez M. Using Primary Care to Address Violence against Women

- in Intimate Partner Relationships: Professional Training Needs. *MEDICC Rev.* 2016; 18(4): 38-41.
4. **Department of Health.** Responding to domestic abuse: a handbook for health professionals. 2004. Disponible en: http://www.domesticviolencelondon.nhs.uk/uploads/downloads/DH_4126619.pdf
 5. **Sagot M.** Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países. Programa mujer, salud y desarrollo. Washington DC: *Organización Mundial de la Salud*; 2000.
 6. **Hurtado V, Frías L.** Estudio de la información sobre la violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe. CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N° 99. Santiago de Chile: *Naciones Unidas*. 2010.
 7. **Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI, Yi H, Tsang KW, Haidar JA.** Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17: 178. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2121-7>
 8. **Montesanti SR, Thurston WE.** Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Women's Health.* 2015;15:100. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>
 9. **Barros CR, Schraiber LB.** Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Rev Saude Publica.* 2017; 51(7): 1-10. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006385>
 10. **Valls R, Puigvert L, Melgar P, Garcia-Yeste C.** Breaking the Silence at Spanish Universities: Findings From the First Study of Violence Against Women on Campuses in Spain. *Violence Against Women.* 2016; 22 (13): 1519-39. <https://doi.org/10.1177/1077801215627511>
 11. **Rodríguez-Blanes GM, Vives-Cases C, Miralles-Bueno JJ, San Sebastián M, Goicolea I.** Detección de violencia de compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria.* 2017; 7: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>
 12. **Zimmerman MA, Rappaport J.** Citizen participation, perceived control and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology.* 1998; 16 (5): 725-50. <https://doi.org/10.1007/BF00930023>
 13. **Perrow C.** Sociología de las organizaciones. 3ra ed. Madrid (ES): *McGraw Hill*; 1998.
 14. **Bohlander G, Sherman A, Snell S.** Administración de recursos humanos. 12 ed. Nueva York (EU): *Cengage Learning Editores*; 2001.
 15. **Kulkarni SJ1, Bell H, Rhodes DM.** Back to basics: essential qualities of services for survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women.* 2012; 18 (1): 85-101. <https://doi.org/10.1177/1077801212437137>
 16. **García-Moreno C, Zimmerman C, Watts C.** Calling for action on violence against women: is anyone listening?. *Lancet.* 2017; 389 (10068): 486-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30271-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30271-4)
 17. **Pérez-Ordoñez MC, Morales-Méndez JD.** Revisión de los orígenes de la responsabilidad social empresarial en el sector salud en Colombia. *Rev Cuid.* 2011; 2(1): 206-15. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.59>
 18. **Stewart DE, Aviles R, Guedes A, Riazantseva E, Mac-Millan H.** Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health.* 2015; 15: 665. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1994-9>
 19. **Silva EB, Padoin SM, Vianna LA.** Women in situations of violence: limits of assistance. *Cien Saude Colet.* 2015; 20(1): 249-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21202013>
 20. **García-Moreno C, Temmerman M.** Commentary: Actions to end violence against women: a multi-sector approach. *Glob Public Health.* 2015; 10(2): 186-8. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.986163>